様式第２号（第５条関係）

甲州市軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成金交付申請　医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　 月　 　日 |
| 聴　力 | 右　　　　　　　　ｄB　　・　　左　　　　　　　ｄB |
| 補聴器の要・否及び効果 | 右　（　要　・　否　）　　左　（　要　・　否　）（効果） |
| 上記の通り診断する。年　　　　月　　　　日　医療機関所在地　 医療機関名医師氏名 　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |

・本意見書の記載は、身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限ります。

・聴力の測定は、平成１５年１月１０日付け、厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知（障発第１１０００１号）の「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害者認定基準）について」に規定する純音オージオメータ検査によります。